Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 19 września 1885. **№ 38.** Rok XXIV.

I. O leczeniu duru brzusznego.

(Wykład w Sekcyi lwowskiéj Tow. Lek. galic. we Lwowie 7 lutego 1885.).

Napisał Dr. W. Pisek,

b. asystent Uniw. Jagiell., i lwowskiego szpitala powszechnego.

Już stary Hildebrand przestrzega przed jednostronnością w terapii stanu gorączkowego a zdanie jego (*Institutiones* I. p. 102) i dziś po tylu latach, po tylu zdobyczach, dziś gdy o tyle zbliżyliśmy się do poznania istoty choroby, nie straciło wcale na znaczeniu. Zaiste dziwną drogą szła terapija chorób gorączkowych, w szczególności duru brzusznego, zanim ustalić się mogły pewne prawidła postępowania, na któreby zgadzała się większość, bo nigdy ogół lekarzy. Pomijamy czasy, w których nie odróżniano jeszcze poszczególnych postaci duru brzusznego, czasy w których polecano rtęć w postaci szaréj maści (*Palmarius, Cogrossi, Giannini*), kalomel po raz pierwszy (*Chisholm, Palloni*), drożdże piwne (*Bradley, Carswirgt*), kwasy mineralne (*Sacco*) w szczególności kwas węglowy (*Horn*); wody (*Aquae poteriae, Thomas*), „*Theriaca* i *Lapis Bezoardicus*“. Chaotyczność terapii tłumaczy się w części têm, że przeróżne choroby mianem duru, tj. *Febris typhodes*, oznaczano. W r. 1718 definijuje Junker (*Zülzer* „*Abdominaltyphus*“ w 2giém wydaniu dzieła zbior. Eulenburga str. 19). „*Typhodes dicitur, quando inflammatio erysipelacea, vel hepatis, vel ventriculi, vel uteri, febrem provocat, quae anxiis, frigidis et inutilibus sudoribus conjuncta est.*“ Mamy zatém właściwie wszystkie cierpienia, którym towarzyszy „*status typhosus.*“ Ściśle dopiero w r. 1810 Hildebrand rozróżnia oba rodzaje duru, o czém wspomina i prof. Oettinger w najnowszéj swéj pracy o „Brodowiczu“, a znakomita praca Pennocka w r. 1837 we Filadelfii wykazuje już w drobnych szczegółach różnicę, podczas gdy dla Francyi ma tę zasługę znane dzieło Louisa o durze (w 2giém wydaniu z r. 1841). Jako o rzeczy godnéj uwagi wspominam o zalecaniu środków wymiotnych, szczególniéj w pierwszych dniach choroby (Pringle, Stoll, Pichler), o którychto środkach Hildebrand wyraża się „*omni jure collaudata*“, nie mniéj używano i środków czyszczących (Hamilton) a więc postępowanie, które i dziś choć w zmienionéj postaci ujrzało znów światło dzienne, daléj upusty krwi (*Armstrong* i *Percival*) i w ogóle cały „*Adparatus antiphlogisticus*“, w którego skład wchodzą oczywiście i pijawki „*eo numero admotae ut octo aut decem sanguinis uncias adulto homini extrahantur.*“

W roku 1840 występuje Sauer z jodkiem potasu mającym znakomite oddać usługi w leczeniu duru brzusznego, środek ten nie zdołał sobie pozyskać zwolenników i znikł, aby znów po 40 latach (to jest w roku ubiegłym zjawić się) w innéj, do pojęć lub może i mody zastosowanéj postaci. W niespełna lat 20, bo w r. 1859, występuje Magonty z nowym sposobem leczenia duru brzusznego i to na podstawie dokładniejszych już wiadomości i opisów po epidemii duru osutkowego podczas wojny krymskiéj wybuchłéj. Otóż nowy ten sposób zasadzał się na podawaniu chorym rozczynu jodu-jodku potasu. Ale i ten sposób nie na długo zagościł, jedni go chwalili, drudzy ganili, co się i teraz dzieje nieraz, aż o terapii jodowéj całkiem przycichło. Tym razem na lat siedm. W r. 1866 występuje w archiwum Virchowa v. Willebrand znów ze sposobem leczenia duru brzusznego, oczywiście nowym. Podaje on co dwie godziny w szklance wody 3 do 5 kropli rozczynu zawierającego na 10 części wody, 2 części jodku potasu, 1 część jodu. Liebermeister (*Ziemssens Handbuch*, 2 wyd., z. I, str. 208) zajął się tym lekiem i leczył przeszło 200 chorych w ten sposób, nie dostrzegł wszelako „żadnych wybitnych“ zmian w przebiegu choroby. Przyznaje jednak, że śmiertelność była mniejszą niż w innych bez jodu leczonych przypadkach i zdaje mu się że „w istocie leczenie jodem wywiera wpływ korzystny“. Jak wytłumaczyć tę sprzeczność, nie wiem, boć jeśli śmiertelność wśród używania leku jest mniejszą, świadczy to *caeteribus paribus* o jego korzystnym wpływie na chorobę,

mniejsza o to, czy na przebieg, czy na zakończenie. Jedno tylko jest możebném, że przypadki leczone jodem były „lekkie“. Na 239 przypadków leczonych jodem zmarło 35, t. j. 14·6%, po wykluczeniu jednak przypadków bardzo ciężkich i lekkich otrzymuje Liebermeister dla jodu 12·9% śmiertelności, cyfra zaiste wcale nie niska. Dalszych prób nie robił, zdaje się dla tego, że w innym sposobie leczenia upatrywał korzyści większe, co się téż w zupełności stwierdza. O najnowszym obrońcy jodu, o Drze Jeleńskim i jego metodzie leczniczéj, która właśnie jest powodem, że terapiję tyfusu chciałem wprowadzić na porządek dzienny naszych dyskusyj, pomówię późniéj. Jeszcze o jednym leku chcę wspomnieć, który może o wiele więcéj wart, aby się nim zajęto — jest nim kalomel. Jestto jeden z tych leków, które się nigdy nie starzeją, a w niektórych krajach, np. w Anglii, bywa nawet bardzo nadużywany. Powyżéj wspomnieliśmy, że już był w użyciu, na nowo wszedł w poczet środków przeciwdurowych z końcem ubiegłego i na początku bieżącego stulecia. Jednakże dopiero w r. 1830 na podstawie gruntownéj pracy Lessera (Liebermeister: *Die Entzündung und Verschwärung der Schleimhaut des Darmkanals*. itd. Berlin) zyskał odrazu liczne koło zwolenników, do których późniéj tacy klinicyści, jak Schönlein, Traube i Wunderlich należeli. Podawali oni codziennie skrupuł (1,50grm.) późniéj używano mniejszych dawek, jak dziesięciu ziarn (0·70gm.) lub nawet i pięciu ziarn (0·35gm.) Wszyscy autorowie stwierdzają korzystne skutki, a szczególniéj skrócenie czasu trwania choroby. Według Liebermeistra śmiertelność jest znacznie niższą, wiele, nie wszystkie, przypadki doznaje znacznego skrócenia czasu trwania, o przerwaniu duru mimo wczesnego użycia kalomelu oczywiście mowy nie ma. Obszerna i gruntownie obrobiona statystyka stwierdza w zupełności te uwagi. Z przeszło 200 przypadków otrzymał 12·4% śmiertelności. Czemu przypisać korzystne wyniki kalomelu, sam Liebermeister nie wie, przypuszcza nawet działanie swoiste na jad durowy obok własności przeczyszczających, skutkiem czego znaczna część jadu zostaje wydzieloną. W ogólności można na podstawie dotychczasowego doświadczenia orzec (Nothnagel-Rossbach: *Arzneimittellehre*. 1884, str. 212): Kalomel może być podawany w przypadkach świeżych i sprowadza nieraz z pojawieniem się wypróżnień złagodzenie przebiegu cierpienia, szczególniéj objawów gorączkowych. Warunkami podawania kalomelu są: pierwszy okres choroby (do 9go dnia), silne indywiduum, mierne przypady jelitowe, wysoka gorączka. Podaje się wtedy 0·50gm., dwa do cztery razy na 24 godzin.

Wypada jeszcze kilku słowy wspomnieć o innym znakomitym wprawdzie leku przeciwgrzybkowym, ale nie wiem czy równie dobrym środku przeciwdurowym, t. j. o kwasie karbolowym. Na szczególniejszą zasługują uwagę doniesienia Rameneta, który w Algierze stosował ten środek u 41 chorych tyfusowych (17 ciężko chorych), z których zmarło tylko dwóch. Podawał on (*Lancet*, 1881, II, Nr. 13) lawatywy ze 150gm. letniéj wody zawierającéj jeden gram krystalicznego kwasu karbolowego. W przypadkach łagodnych użyto tylko jednéj lawatywy, w cięższych stosowano ją kilka razy dziennie. Czasem dodawano kilka kropel nastoju makowcowego. Obok obniżenia się ciepłoty stwierdzono również i złagodzenie innych przypadów trwające godzin kilka. Największa dawka dzienna nie powinna przekraczać 4·00grm. Nadto poleca autor i podawanie środków pobudzających i szczmiących.

Z kolei przychodzi nam omówić choć tylko w ogólnych zarysach nasze dzisiejsze powszechnie używane i znane leczenie duru przeciwgorączkowe. Jest ono wręcz przeciwném leczeniu dotąd omówionemu, t. j. swoistemu, jest ono leczeniem „objawowém“ w najobszerniejszém znaczeniu, obok nadzwyczaj dokładnego uwzględnienia warunków dyjetetycznych. Dokładne poznanie zmian anatomicznych i udowodnienie, że niebezpieczeństwo gorączki durowéj leży w zabójczym jéj wpływie na tkanki ulegające nekrobiozie w postaci „zwyrodnienia miąższowego“, zmieniło nasze lecznicze postępowanie. Zadaniem lekarza jest, jak się Liebermeister wyraża (l. c. 214), przeszkodzić niebezpiecznym następstwom podwyższonéj ciepłoty, leczyć gorączkę, nim owe następstwa się pojawią. Wyrazem tych dążności jest antipyreza, w któréj skład wchodzi bezpośrednie oziębianie ciała przez odjęcie ciepła obok całego szeregu, niemniéj wielką doniosłość mających, zabiegów dyjetetycznych i aptecznych, któremi ogranicza się produkcyję ciepła.

Zlewania chorych wodą zimną stosowali w durze jeszcze przed Anglikiem Jakóbem Currie (w końcu XVIII wieku) J. S. Hahn (1731 r.), Brandrath Cullen, Wright. Systematyczne leczenie wprowadził dopiero szczeciński lekarz Brand w r. 1861, a za nim cały szereg niemieckich klinicystów (por. mój referat w Przegl. Lek., 1884, Nr. 11). Dziś zabiegi hydroterapeutyczne stosują w sposób czworaki: 1) Chorego wsadza się na 10 minut do kąpieli 15—18°C., posiliwszy go po niéj (a jeśli potrzeba i przedtém) kieliszkiem wina. Po kąpieli owija się chorego nie obtartego prześcieradłem (na nogi bańka ciepła lub koc) i lekko przykrywa. Czas trwania kąpieli można, gdy chorego to bardzo nuży, ograniczyć do 5—6 minut (Zülzer). 2) Kąpiele Ziemssenowskie. Przez dolewanie wody zimnéj obniża się zwolna pierwotną kąpielową ciepłotę z 35°C. na 22°C. lub jeszcze niżéj. Czas trwania kąpieli bywa dłuższym niż przy 1). 3) Zawijania w prześcieradła zmoczone we wodzie zimnéj, trwające przez 10 minut na 3—4 zawody. Nóg się nie zawija. 4) Użycie przyrządów, w których krążąca zimna woda chłodzi ciało (przyrządy niemieckie patentu Goldschmidta lepsze od francuskich syst. Dumontpaillera). Szczególniéj stósownemi są t. zw. materace gutaperkowe powietrzem wydęte, do których spływa woda ze zbiorników wyżéj zawieszonych, termometrami opatrzonych. Na materacach spoczywa chory. Do dwóch innych na podłodze ustawionych zbiorników odpływa woda z materaców (*Circulir-Kühlapparate*). Najstosowniejszą porą dla kąpieli jest czas między 7 wieczór a 7 rano i między godziną 11 a 2gą w dzień, czas, w którym zazwyczaj ciepłota okazuje tendencyję do obniżania się. W tym czasie można co godzina stosować kąpiele i wtedy téż skutek jest widocznym. Średnio, zdaniem Liebermeistra, wystarcza dziennie 4—6 kąpieli, w całości 40 do 60 kąpieli, gdy równocześnie stosujemy leki przeciwgorączkowe.

Kwestyję tę omówił szczegółowiéj jeszcze Liebermeister na przeszłorocznym Zjeździe lekarskim w Kopenhadze (*VIII med. internat. Congr. D. med. Woch. 1884 Nr. 37*). Otóż okazuje się, że gorączka ze silnemi remisyjami lub intermisyjami wprawdzie może chorego wyniszczyć, lecz dla życia mniéj jest niebezpieczną niż gorączka ciągła z nieznacznemi rannemi remisyjami. Jeżeli się uda ten typ gorączki zamienić na typ *febris remittens* lub *intermittens*, to w zasadzie usunięto niebezpieczeństwo. Obecnie radzi Liebermeister kąpać chorego między godziną 7 a 11 wie-

czór, ile razy ciepłota dochodzi *in recto* najmniéj do 40°C.; od godziny 12éj do 3éj kąpie się chorego już przy 39·5°C. a od 4 do 7 rano już przy 39°C. Za dnia kąpie się chorego tylko wyjątkowo w razie nadmiernéj gorączki.

Pęcherze lodowe, które zalecał Riegel (*Ueber Hydrotherapie u. locale Wärmeentziehung. Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, t. X, 1872) na brzuch i piersi nie okazały się skutecznemi; podobnież i układanie chorego na poduszkach mieszaniną oziębiającą wypełnionych (Leube) (*Ueber die Abkühlung fieberh. Krank. durch Eiskissen. ibid.* t. VIII) o ciepłocie— 10°, nie utrzymało się, to samo stałe letnie kąpiele Riessa.

Pomiędzy przeciwwskazaniami użycia kąpieli zimnych największe mają znaczenie: krwotoki kiszkowe, przedziurawienia jelit, głębokie zmiany krtani, znaczne osłabienie czynności serca (obok chłodnych odnóg), miesiączka, gdy w ogóle groźnych objawów duru nie ma. (C. d. n.)

II. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciw gorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

VI. Przypadek. *Typhus exanthematicus (cum nephrit. parench. acuta).* Bujaczka, matka dziesięciorga dzieci, zgłosiła się d. 26 października 1884 r. do kliniki chorób wewnętrznych prof. Dra Korczyńskiego, (który łaskawie pozwolił mi przytoczyć ten przypadek), podając, iż przed dwoma dniami doznała silnych dreszczów, poczém wystąpiła gorączka, ból głowy, brak apetytu, boleści brzucha. Tegoż dnia znaleziono stan choréj następujący: Indywiduum dobrze zbudowane i miernie odżywione. Na skórze brzucha i piersi wysypka durowa. Twarz obrzękła, zaczerwieniona, wargi i błony śluzowe ust suche, język suchy, środkiem obłożony. W narządzie oddechowym nieżyt oskrzelowy. Narząd krążenia bez zmian. Stłumienie śledziony od 8 do 12 żebra, ku przodowi przekracza liniję pachową przednią. Brzeg jéj miękki, bolesny przy dotyku. Brzuch wzdęty, przy ucisku bolesny, szczególnie nad kiszką ślepą, gdzie wyczuć się daje kruczenie. Stolec od trzech dni zaparty. Ból głowy, szum w uszach. Kolano prawe nieco obrzękłe, bolesne.

Dyjeta pozostała ścisłą przez cały czas obserwacyi, jako napój kwasek i woda studzienna w ilości do 1,500 sz. cm.

27 października (IV dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,
Ciepłota	40·4,	40·3,	40·6,	41·1,	40·4,	40·3,
Tętno	106,	116,	116,	120,	116,	120,
Oddech.	48,			42,		42,

Wysypka wybitniejsza, zresztą stan jak wczoraj. Stolec po lewatywie.

8 października (V dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,
Ciepłota	39·0,	40·2,	40·4,	40·3,	40·0,	40·0,
Tętno	116,	116,	120,	120,	126,	126,
Oddech.		36,				36,

Śledziona nie powiększyła się, kruczenie nad kiszką ślepą i bolesność tamże utrzymuje się; stolca brak.

Mocz w ilości 400 sz. cm. barwy ciemno brunatnéj, oddziaływania kwaśnego, białka 0·4% (dość znaczna ilość), więcéj niż ciałkom ropy odpowiada. W osadzie ciałka ropy częste, wałeczki szkliste i ziarniste dość często.

Ilość mocznika % 3·238 gr., na dobę 12·951 gr.

29 października (VI dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,
Ciepłota	39·4,	39·8,	39·3,	40·2,	39·7,	40·1,
Tętno	118,	118,	118,	126,	134,	118,

Mocz w ilości 730 sz. cm. barwy ciemno-brunatnéj, oddział. kwaś., cięż. gat. 1.028, białka 0.4% (dość znaczna ilość), chlorki w ilości zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 3·273 gr. = 1·539 N %.
" " na dobę 23·893 gr. = 10·242 N na dobę.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·806 %,
" " " " " = 13·183 na dobę.

30 października (VII dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,
Ciepłota	39·4,	39·6,	39·8,	39·5,	39·7,	39·6,
Tętno	120,	126,	126,	126,	122,	122,

Na skórze wybitna osutka durowa, policzki obrzękłe, wargi sinawe, język miernie obłożony, wilgotny. Śledziona nie powiększyła się. Bolesność i kruczenie nad kiszką ślepą trwa, nadto gniecenie w dołku podsercowym. Kolano prawe powiększone i bolesne, rzepka ruchoma, chrzęszczenie w stawie kolanowym wyraźne (chora wedle podania, miała przed przyjściem do kliniki przebyć ostry gościec stawowy).

Mocz w ilości 400 sz. cm., barwy ciemno-czerwonéj, oddz. kwaś., ciężar gat. 1·025, białka 0·4% (dość znaczna ilość), więcéj jak ciałkom ropy i krwi odpowiada. W osadzie obok składników poprzednich także ciałka krwi czerwone, chlorki w ilości silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 3·243 gr. na dobę 12·892 gr.

31 paźdź. (VIII dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,
Ciepłota	39·2,	39·2,	39·3,	39·6,	39·8,	40·1,
Tętno	120,	116,	120,	120,	120,	120,

Stan choréj jednaki. W nocy jeden stolec.

Mocz w ilości 856 sz. cm., barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, cięż. gat. 1·021, białka 0·008% (mała ilość), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 2·718 gr., na dobę 23·259 gr.

1 listopada (IX dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,	8,
Ciepłota	38·3,	38·5,	39·9,	39·1,	38·0,	36·8,	36·1,
Tętno	114,	114,	114,	114,	110,	96,	90,
Antipyryn				2gr.	2gr.	1gr.	

Mimo obniżenia się ciepłoty za pomocą antipyrynu polepszenia w stanie choréj nie spostrzeżono, owszem zauważyć można było większą apatyję i znaczniejsze osłabienie.

Mocz w ilości na dobę 560 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, cięż. gat. 1·021, białka 0·004% (mała ilość), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj. Mocz z chlorkiem żelazowym przyjmuje zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 2·36 gr. = 1·128 N %
" " na dobę 13·22 gr. = 6·312 N na dobę.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·42 %
" " " " " = 7·961 na dobę.

2 listopada (X dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,	8,
Ciepłota	38·7,	38·5,	38·3,	37·6,	37·8,	37·9,	38·7,
Tętno	120,	120,	108,	102,	108,	102,	114,
Antipyryn		2gr.,	2gr.,	1gr.,			2gr.,

Skóra sucha, ból głowy, szum w uszach, chora czuje się więcéj osłabioną.

Mocz w ilości 1,230sz.cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddział. kwaś., cięż. gat. 1·023, białka ślad wybitny, chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 2·646 gr. na dobę 32·5408 gr.

3 listopada (XI dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,	8,
Ciepłota	39·1,	38·4,	37·8,	37·1,	36·6,	36·7,	36·6,
Tętno	120,	120,	108,	96,	96,	90,	84,
Antipyryn	2gr.,	2gr.,	2gr.				

Stan ogólny lepszy, apatyja mniejsza, ból głowy ustępuje.

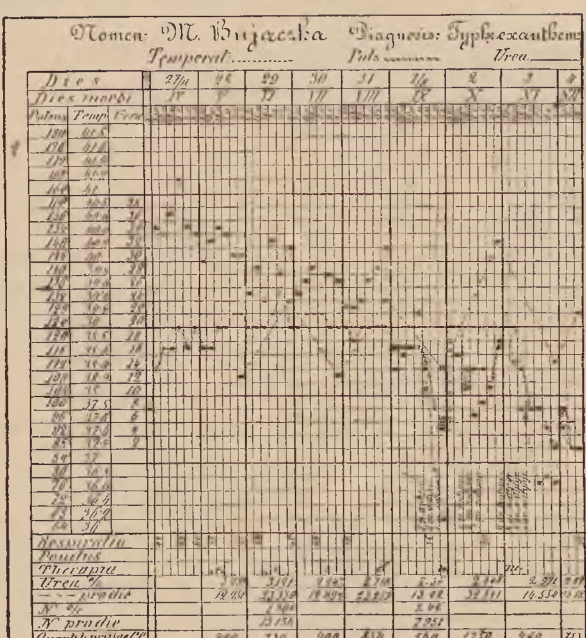
Mocz w ilości 490 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, białka 0·006% (ślad wybitny), chlorki w ilości silnie zmniejszonéj. W osadzie: ciałka ropy dość często, ciałka krwi pojedyńcze, nader pojedyńcze wałeczki Belliniego. Ilość mocznika % 2·971gr. na dobę 14·553gr.

4 listopada (XII dzień choroby).

Ciepłota prawidłowa (bez podania antipyrynu), tętno 84—100. Ból głowy mniejszy, apetyt poprawia się, brzuch mniéj bolesny. Chora w ogóle swobodniejsza, kaszel ustąpił. Po osutce tylko ślady pozostały.

Mocz w ilości 660 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływ. kwaś., cięż. gat. 1·021, białka 0·004% (ślad zaledwie spostrzegalny), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj. W osadzie: obok zwiększonéj ilości śluzu, ciałka ropy dość często. Ilość mocznika 2·813% gr. na dobę 21·175gr.

Odtąd z powodu ciągłego polepszania się stanu choréj poczęto jéj podawać więcéj napojów i pokarmów, a przeto zaprzestano daléj ściśléj obserwacyi.



(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych, docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

4) J. Z., lat 22 liczący akademik, jest chorym po raz pierwszy, odżywienie pacyjenta jest bardzo dobre, po raz ostatni spółkował w d. 29 kwietnia 1879, a rano dnia 24 maja zauważył dopiero pierwsze objawy choroby, przypuszcza jednak, iż choroba jego trwa dwa do trzech dni dłużéj, albowiem przez tak długi czas znajdował się w okolicznościach, które nie dozwalały mu zwracać gruntownéj uwagi na części płciowe.

W dniu tym, tj. 24/5, badany okazywał na wewnętrznéj stronie napletka, w linii środkowéj ściśle ograniczoną okrągłą ekskoryjacyję, bez najmniejszego naokoło odczynu, do wielkości prosa dochodzącą. Gruczoły pachwinowe nie okazywały najmniejszego zboczenia. W dniu tym zalecono czystość i przymoczkę z azotanu srebrowego.

W sześć dni późniéj badając chorego zauważyłem, iż ekskoryjacyja powiększyła się, u podstawy jéj wyczuć można było lekką zbitość, wydzielina jéj skąpa, rzadka, kształt ekskoryjacyi był zawsze ściśle okrągłym. Reakcyi naokoło ranki nie było żadnéj. Gruczoł pachwinowy lewy nieznacznie był powiększonym.

Rozpoznanie zatém wrzodu stwardniałego było najzupełniéj uzasadnioném i dla tego proponowano choremu natychmiastowe wycięcie, na które jednak chory zgodził się dopiero w dniu 2/6 1879 r.

W dniu tym wrzód stwardniały zwiększył swoje rozmiary do wielkości sporego grochu, stwardniałość jego podstawy nie ulegała najmniejszéj wątpliwości, wydzielina jego była skąpą i rzadką. Gruczoł pachwinowy lewy doszedł do wielkości średniego bobu i był nieco bolesnym.

Po wycięciu wrzodu ranę zeszyto, a opatrunek założono z waty salicylowéj 11%.

Trzeciego dnia (4/6) po operacyi zdjęto po raz pierwszy opatrunek, przyczém gdy się zdawało, iż brzegi rany ściśle do siebie przylegały a ropienia nie było żadnego, odjęto szwy, miejsce operowane wymyto 2% rozczynem kwasu karbolowego i założono ponownie opatrunek z waty salicylowéj.

W nocy z dnia 6go na 7go czerwca nastąpiło silne i długotrwałe naprężenie członka, które wywołało mierny krwotok z rany, a po odjęciu opatrunku przekonano się, iż brzegi rany rozstąpiły się, a w okolicy wędzidełka znajdowała się mierna wybroczyna podskórna. Wejrzenie jednak świeżo powstałéj rany było czystém. Choremu poleciłem przymoczkę z azotanu srebrowego. Drugiego dnia (8/6) po owéj fatalnéj nocy gruczoł pachwinowy lewy, który utrzymywał się w jednakowéj mierze, doszedł do wielkości orzecha włoskiego.

W d. 14/6 rozpoczęło się gojenie rany, a w siedm dni późniéj (21/6) rana zabliźniła się zupełnie i nie okazywała innéj jak bliźnie właściwéj konsystencyi. Gruczoł pachwinowy lewy więcéj się nie powiększył.

W dniu 15/7 wystąpiły pierwsze objawy zakażenia ogólnego jako nader skąpa rozsiana wysypka kiłowa guzkowa na klatce piersiowéj, na brzuchu i na obu odnogach górnych po ich wewnętrznéj stronie. Na wewnętrznéj stronie napletka znajdowało się także kilka kłykcin sączących w formie płaskich, odgraniczonych okrągłych guzków kiłowych o powierzchni ekskoryjowanéj. W jamie ustnéj nie było żadnych zmian. Gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone.

W dniu 18/7 ilość guzków kiłowych w miejscach wyżéj wspomnianych znacznie się powiększyła, obok utrzymywania się zmian na napletku; tak, że całkowity obraz zmian ogólnych przedstawiał się jako obfita wysypka guzkowa na klatce piersiowéj, brzuchu i po wewnętrznéj stronie obu odnóg górnych, kłykciny sączące na napletku. Stan gruczołów nie zmienił się. Z powodu iż chory nie mógł przeprowadzić leczenia za pomocą wcierań ze względu na jego stosunki domowe, polecono używanie jodku rtęciawego (*Protojoduretum hydrg.*)

W dalszym biegu leczenia przystąpiły do powyższych zmian kłykciny sączące na obu łukach językowych.

Po usunięciu wyżej wspomnianych zmian chorobowych, na co potrzeba było kilku tygodni czasu, występowały aż do dnia 15/3 1880 częste nawroty w jamie ustnéj jako kłykciny sączące na obu migdałkach.

Zmiany te usuwano za pomocą leczenia miejscowego obok dalszego stósowania wewnętrznie z małemi przerwami jodku rtęciawego.

Od czasu ostatniego nawrotu (15/3) w jamie ustnéj chory wolnym był od zmian kiłowych aż do dnia 7/12 1881 r. W owym czasie okazywał na obu podudziach sześć ściśle ograniczonych brunatno-czerwonych nacieków od wielkości sporego grochu do wielkości półcenta dochodzących, które całą grubość skóry zajmowały. Nacieki te były nieco bolesne, największy jednak z nich na podudziu lewém położony jest boleśniejszym i w środku więcéj od innych wygórowanym.

Skóra w tém miejscu sino-czerwona była więcéj napiętą, a odpowiednia zbitość tego miejsca była ciastowatą. Ponieważ rozpoznałem kilaki skórne, poleciłem używanie wewnętrzne jodku potasowego z jodkiem rtęciowym a zewnętrznie przylepiec rtęciowy. Po usunięciu tych zmian chory wolnym był od przypadów kiłowych do początku roku 1883, od tego czasu chorego nie widziałem.

W przypadku powyższym wycięto wrzód stwardniały około 12 dnia, rana zagoiła się przez ropienie. Gruczoł pachwinowy szóstego dnia po wycięciu w dwójnasób się powiększył. Zmiany ogólne wystąpiły około 52 dnia licząc od czasu pojawienia się wrzodu stwardniałego w postaci wysypki guzkowéj i kłykcin sączących na częściach płciowych. W czasie leczenia powstały kłykciny sączące w jamie ustnéj, które mimo leczenia często i przez długi czas się powtarzały; w końcu zauważyć należy, iż już w trzecim roku trwania choroby wystąpiły u pacyjenta łagodne objawy kiły późnéj.

Przebieg zatém kiły w przypadku powyższym lubo nie należy do przypadków kiły ciężkiéj, w każdym jednak razie nie można go zaliczyć do przypadków łagodnych, szczególniéj jeżeli się zważy, że mieliśmy do czynienia z pacyjentem dobrze odżywionym, znajdującym się w dobrych warunkach bytu, u którego zatém przypuścić należało większą odporność wobec jadu kiłowego.

Wycięcie zatém wrzodu stwardniałego nie tylko nie uchroniło pacyjenta od zmian ogólnych, ale nie wpłynęło nawet na złagodzenie dalszego przebiegu choroby.

5) J. O., lat 25 liczący kowal, przyjęty został na oddział dla chorych wenerycznych w dniu 5 sierpnia 1880 r. Pierwsze objawy choroby wystąpiły przed 16 dniami, w półtora tygodnia po spółkowaniu. Obecnie jest po raz pierwszy dotknięty cierpieniem wenerycznem. Odżywienie pacyjenta nie pozostawia nic do życzenia.

Na zewnętrznéj stronie napletka w linii grzbietowéj znajduje się ekskoryjacyja o powierzchni gładkiéj, podstawie stwardniałéj, wielkości sporego grochu; wydzielina jéj skąpa i rzadka.

W pachwinie lewéj znajdował się tylko jeden gruczoł miernie powiększony, niebolesny, który jednak nie okazywał owéj niemal chrząstkowatéj zbitości, jaką zazwyczaj okazują obrzęki gruczołów, które towarzyszą wrzodom stwardniałym. Chory wcale się nie leczył.

Z wycięciem wrzodu wstrzymano się jeszcze dni kilka, albowiem istniały pewne wątpliwości co do natury wrzodu, skoro jednak przebieg dalszy wyjaśnił sprawę chorobową, wycięto wrzód w d. 11 sierpnia; ranę zeszyto, opatrunek założono z waty salicylowéj. Rana zagoiła się w części przez rychłozrost a w części przez ropienie. Obrzmienie naokoło rany było bardzo nieznaczne. Podnieść jednak wypada tę okoliczność, iż gruczoł pachwinowy lewy trzeciego dnia po wycięciu wrzodu powiększył się i stał się konsystencyi twardszéj niż był przed operacyją.

W d. 28/8 w czasie wyjścia chorego ze szpitala zanotowano następujący stan: zagojenie zupełne, blizna nie okazuje żadnéj stwardniałości, gruczoł pachwinowy lewy zmniejszony, gruczoły karkowe i barkowe nie są powiększone, zmian ogólnych nie ma.

Chorego widziałem dopiero w rok późniéj przy sposobności innego cierpienia, twierdził, iż żadnych zmian następowych dotychczas nie zauważył, lubo dokładnie go pouczono, na co ma uwagę zwracać. Badanie szczegółowe w owym czasie przedsięwzięte nie wykryło także żadnych zboczeń, któreby do kiły odnieść należało.

6) S., lat 25 liczący, artysta-malarz, podaje, iż po raz ostatni spółkował w połowie lutego 1880, a pierwsze objawy choroby zauważył przed 8 dniami.

W dniu 1/4 1880 po raz pierwszy badany okazywał na wewnętrznéj stronie napletka po stronie lewéj ściśle ograniczoną stwardniałość wielkości sporego grochu, w środku któréj znajdowała się niewielka ekskoryjacyja o powierzchni gładkiéj, wydzielająca ciecz rzadką. Gruczoł pachwinowy lewy był bardzo nieznacznie powiększony i niebolesny.

Na grzbiecie tułowia znajdował się bardzo obfity trądzik pospolity (*Acne vulgaris);* zresztą nie było nigdzie żadnych zmian. Odżywienie pacyjenta było bardzo dobre.

Ponieważ w tym przypadku rozpoznanie nie było dla mnie wątpliwe, przystąpiłem po chętném zezwoleniu chorego tegoż samego dnia (1/4) do wycięcia wrzodu stwardniałego. Ranę jak zwykle zeszyłem i założyłem opatrunek z 11% waty salicylowéj. Nadmienić muszę, że po wycięciu wrzodu zmuszony byłem podwiązać małą lecz uporczywie broczącą tętniczkę.

Nazajutrz po zdjęciu opatrunku skoro przekonano się, że wejrzenie miejsca operowanego było bardzo dobrém, ograniczono się jedynie do przemycia rany rozczynem kwasu karbolowego, opatrunek założono taki sam jak po operacyi. Po odjęciu szwów w d. 4/4 stwierdzono, iż rana tylko w części zagoiła się przez rychłozrost. Przez następne dni nie zaszło nic uwagi godnego, wejrzenie bowiem części rany przez ropienie się gojącéj nie pozostawiało nic do życzenia; ropienie było odpowiednie do rozmiarów niewielkiéj rany. W dniu 11/4 zauważono jednak, że mimo to iż rana okazywała już początki gojenia się, gruczoł pachwinowy lewy nieco się powiększył.

W dniu 16/4 rana była już zagojoną, na około blizny jednak zauważono mierny naciek, który w następnych 10 dniach znacznie się powiększył tworząc niejako dwa wyniosłe wały, w pośrodku których ułożoną była linijna blizna. Zbitość nacieku równała się stwardniałości, jaką się zwykle odznaczają wrzody stwardniałe. Gruczoł pachwinowy lewy powiększył się w owym czasie do wielkości orzecha włoskiego i był przy ucisku nieco bolesnym, skóra jednak nad nim była poruszalną i niezaczerwienioną. W pachwinie prawéj nie było zmian.

Na stwardniałość w miejscu operowaném powstałą polecono przykładanie na płótnie rozpostartego *emplastri hydrargyri c. empl. saponato āā*, na gruczoł zaś powstały w pachwinie lewéj zalecono obok spokoju pendzelkowanie nastojem wyskokowym jodu.

Stan taki utrzymywał się aż do dnia 15/5, w którym wystąpiły pierwsze, aczkolwiek nieznaczne, objawy zmian ogólnych jako plamy kiłowe w obu przegubach łokciowych i płaskie bar-

dzo nieliczne złuszczające się guzki na skórze prącia. Gruczoły karkowe i barkowe nie były zajęte, bolesność gruczołu pachwinowego lewego ustąpiła. W jamie ustnéj nie było zmian. Obszar przez plamy zajęty powiększał się zwolna, tak, że w dniu 1/6 zajęły one klatkę piersiową, brzuch i wewnętrzne strony obu odnóg górnych; na grzbiecie tułowia, z powodu znacznego trądzika pospolitego, plam nie było można dostrzedz. Na migdałku lewym znajdowała się nieznaczna kłykcina sącząca. Stan gruczołów utrzymywał się bez zmiany.

W owym czasie rozpoczęto leczenie za pomocą jodku rtęciawego *(Protojoduretum hydrargyri)*; chory zwolna postępując doszedł do 0·16 tego przetworu na dzień, na któréjto dawce pozostał już aż do końca leczenia. Ma się rozumieć, iż obok leczenia ogólnego nie zaniedbywano, tam, gdzie tego zachodziła potrzeba, leczenia miejscowego. We wrześniu usunięto rtęć a natomiast polecono używać jodku potasu. Jeszcze w czasie leczenia rtęcią powtórzyły się raz powierzchowne kłykciny sączące na obu migdałkach, które jednak wkrótce ustąpiły.—Wynik leczenia był ten, iż plamy ustąpiły, stwardniałość w miejscu blizny po wyciętym wrzodzie powstała zeszła, gruczoł pachwinowy lewy zmniejszył się.

W dniu 20/9 tegoż roku w czasie używania jodku potasu wystąpiła recydywa wysypki kiłowéj w postaci dużych plam w gromadach jedynie na ramionach i w przegubach łokciowych ułożonych. Gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone, pachwinowe lewe utrzymywały się niezmiennie, prawe nie były powiększone.

Choremu polecono zaprzestać używania jodku potasu, a natomiast zalecono powrócić do jodku rtęciawego w dawce 0·08 na dzień. Przetwór ten używał chory przez 6 tygodni, poczém wrócono ponownie do jodku potasu, który chory używał do końca roku.

Licząc od pojawienia się ostatniéj recydywy (w dniu 20/9 1880) chory przez blisko rok cały wolnym był od powrotu choroby, albowiem dopiero w d. 20/8 1881 r. wystąpiła nieznaczna kłykcina sącząca pod językiem. W owym czasie na skórze nie było żadnych zmian; gruczoły barkowe, które dotychczas nie były zajęte, były tym razem po obu stronach powiększone, pachwinowe lewe utrzymywały się w miernym stopniu powiększone, inne gruczoły nie były zajęte.

Odtąd aż po dziś dzień (14/8 1885) często chorego badałem a nie zauważyłem żadnych powrotów kiły [1]).

W powyższym przypadku zasługują na uwagę następujące okoliczności: wrzód stwardniały wycięto ósmego dnia po jego pojawieniu się. Już po zagojeniu się rany wystąpiła ponownie w bliźnie stwardniałość, gruczoł pachwinowy lewy, który w czasie wycięcia wrzodu był bardzo nieznacznie powiększonym, w jedynastym dniu po wycięciu, a jeszcze przed pojawieniem się stwardniałości w bliźnie (16/4), począł się powiększać. W 53 dni licząc od czasu pojawienia się wrzodu stwardniałego wystąpiły pierwsze zmiany ogólne bardzo nieznaczne w postaci plam, które zwolna w ciągu następnych 2 tygodni przybywając zajęły miejsca wyżéj wspomniane. W czasie leczenia wystąpiły dwa lekkie, a w rok niespełna, licząc od ostatniego odnowienia się choroby, pojawił się trzeci nieznaczny nawrot.

Również zasługuje na uwagę ta okoliczność, iż gruczoły barkowe, które w początkach choroby nie były zajęte, powiększyły się dopiero przy trzecim z rzędu nawrocie.

A zatém przypadek ten, mimo niefortunnego pojawienia się stwardniałości w bliźnie po wyciętym wrzodzie, odznacza się również łagodnym przebiegiem. (C. d. n.).

[1]) Po raz ostatni leczyłem chorego na szankra *(ulc. molle)* od d. 8 lipca do d. 14 sierpnia 1885, który w kilka dni po spółkowaniu wystąpił. Badany co do przebytéj kiły nie okazywał pacyjent żadnych świeżych zmian. Stan gruczołów w owym czasie był następujący: gruczoły karkowe nie były zajęte, barkowe prawe były miernie powiększone, lewe zaledwie wyczuwać się dawały, pachwinowe lewe były miernie powiększone, prawe wcale niezajęte.

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

Już w r. zeszłym odbył się w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie szereg posiedzeń w sprawie cholery (p. Przegląd Lek., 1884, Nr. 32, 35—40), w roku zaś obecnym w maju odbył się drugi szereg, z którego w Nrze 20 Przeglądu z r. b. podaliśmy krótkie i niewyczerpujące sprawozdanie. Z uwagi, że na posiedzeniach tych poruszono nader wiele ważnych szczegółów, oraz że sprawa badań nad cholerą nie przestaje ciągle żywo zajmować umysłów lekarzy, gdy obecnie pojawiło się stenograficzne sprawozdanie ze wspomnianych posiedzeń, nie wahamy się podać według tych właśnie sprawozdań obszerniejszéj wiadomości o przebiegu obrad.

Po zagajeniu zebrania przez prof. Virchowa i obraniu go przewodniczącym przystąpiono do obrad nad pierwszym punktem porządku dziennego, którym był przegląd doświadczeń nad prątkami cholerycznemi od czasu ostatniego zebrania, zwłaszcza co do ich oporności *(Dauerfähigkeit)*.

Pierwszy zabrał głos Koch, aby dać obraz postępu badań co do cholery w ostatnich czasach. Przypomniał on wykrycie przez siebie w jelitach osób zmarłych z cholery i wydzielinach chorych na cholerę właściwego prątka cholery oraz spostrzeżenia, które go skłoniły do poczytywania tych prątków za przyczynę cholery i przeszedł następnie do omówienia i przeglądu prac innych autorów. Pierwszymi, którzy po Kochu zajmowali się stosunkiem prątków cholerycznych do cholery, byli Finkler i Prior. Mieli oni w *Cholera nostras* wykryć drobnotwory niedające się odróżnić od prątków cholerycznych Kocha, przez co te ostatnie straciłyby znaczenie, jakie im Koch nadał. Koch wykazuje jednak różnice w obu tych rodzajach prątków, nietylko co do sposobu rozpłyniania żelatyny, ale także co do zapachu wywiązującego się przytém i co do rozwoju na ugotowanych ziemniakach. Różnic tych dopatrzył się także van Ermengem. Z powodu, że prątki Finklerowskie znaleziono w odchodach ludzi cierpiących na rozwolnienie i to nie w odchodach świeżych ale znajdujących się 14 dni w stanie gnicia, zachodzi, zdaniem Kocha, wątpliwość, czy w ogóle są one prątkami właściwemi *Cholera nostras*. W odchodach ludzi nawet zmarłych z *cholera nostras* wielu badaczy jak Ermengem, Watson Cheyne, Biddert nie znalazło prątków Kochowskich ani Finklerowskich, ale prątki innéj postaci.

Drugim, który się w tym czasie zajmował prątkami cholerycznemi był Klein, wysłany przez Rząd angielski do Indyj dla badań nad cholerą. Udał się on tam uprzedzony do badań Kocha i zajął stanowisko opozycyjne podnosząc zarzuty: 1) co do podobieństwa do prątków nosaciżny w przekrojach w pewien sposób zrobionych, do którego odwołał się Koch opisując prątki choleryczne. Koch dziś jeszcze obstaje przy tém podobieństwie z zastrzeżeniem, że

przekroje będą odpowiednio zrobione; 2) co do nazwy uważając prątki choleryczne raczéj za spiryle, Koch jednak zbija to tém, że nie idzie tu o nazwę, że podał on, iż prątki choleryczne zajmują miejsce pośrednie między prątkami a spirylami między któremi różnice nie są stanowczo określone. O nazwę tu nie idzie, jeżeli tylko przyjmiemy inne własności; 3) Klein miał znaleźć prątki choleryczne w śluzie nazębnym u ludzi zdrowych, a także w odchodach ludzi chorych na rozwolnienie, jak u suchotników lub cierpiących na czerwonkę. U cholerycznych miał ich znaleźć zaraz po śmierci bardzo mało i to tém mniéj im wcześniéj robił sekcyję, a duże ich ilości tylko gdy późno sekcyję przedsiębrał. Poglądy te nie zgadzają się ani z podaniami Kocha, ani z podaniami innych badaczy, którzy zaraz po śmierci znaczne ilości prątków cholerycznych znajdowali; 4) odpiera Koch zarzut Kleina, jakoby podał, iż kwasy w słabém rozcieńczeniu zabijają prątki, mówił bowiem tylko o powstrzymaniu rozwoju przez różne istoty a między innemi o ustaniu wzrostu w kwaśnéj żelatynie; 5) w kałuży, w któréj Koch znalazł prątki choleryczne w czasie gdy wśród ludności czerpiącéj z niéj wodę cholera grasowała, miał Klein znaleźć prątki, w czasie gdy ludność była od cholery wolną. Co Klein znalazł, Koch nie wie, ale po tylu omyłkach uważa Kleina za niekompetentnego w téj sprawie i że do podań jego wagi przypisywać nie można.

Zapatrywania Kleina nawet w saméj Anglii znalazły przeciwnika w osobie Watson Cheynego, który skłonił Kleina do cofnięcia swych zapatrywań i uznania, że prątek choleryczny jest odmiennym od prątka w gruźlicy, w czerwonce i w śluzie jamy ust znajdującego się i że prątka cholerycznego znajdował zawsze w cholerze. Po téj zmianie zapatrywań Klein nie zdoła się długo opierać przyjęciu wniosków, jakie Koch z swych badań wysnuł.

Następnie zwrócił się Koch do badań Emmericha, który w Neapolu we wszystkich przypadkach cholery, które badał, miał znaleźć prątki zupełnie odmienne od laseczników Kochowskich, które znalazł tylko w niektórych przypadkach obok swoich prątków, tak że swoje prątki uważa za swoiste w cholerze. Już Flügge poddał badania Emmericha, a mianowicie sposób jego badań, krytyce, do któréj Koch się przyłącza. Głównie zwraca uwagę Koch, że Emmerich równie jak Ceci w Genui późno badali, Ceciemu nie udały się całkiem żadne hodowle w żelatynie, gdy Emmerichowi rozwój prątków przez niego wykrytych, sprzeczność więc widoczna. Emmerich podał, że za pomocą swego prątka wywołać może u zwierząt objawy do cholery podobne i podobny stan patologiczny w jelitach. Nie dowodzi to, zdaniem Kocha, niczego, bo udało mu się przy doświadczeniach z prątkami wywołać rodzaj gnilicy z objawami zupełnie podobnemi do tych, jakie Emmerich podaje. Także i Brieger uzyskał z odchodów rodzaj prątków, podobne objawy sprawiających.

Po odparciu tych zarzutów przeciw prątkom przecinkowym przechodzi Koch do omówienia doświadczeń dodatnich. Wielu badaczy poszukiwało w ustroju i jego wydzielinach prątków, któreby można uważać za identyczne z prątkami Kochowskiemi, żadnemu nie udało się nic podobnego wykazać, z wyjątkiem jednego tylko przypadku, o którym późniéj będzie mowa. Wszyscy badacze przekonali się, że choleryczne prątki dają się dobrze od innych wyróżnić i że cechujące je przymioty uprawniają do poczytywania ich za swoiste. Rozszerzenie się cholery dało sposobność wielu lekarzom do czynienia badań odpowiednich, jak Nicatemu i Rietschemu, van Ermengenowi w Marsylii, Babesowi, Watson Cheynemu i Pfeiffrowi w Paryżu, Ceciemu, Escherichowi, Armanniemu, Fedemu i Schotteliusowi we Włoszech.

Podania Ceciego, pierwiastkowo wspólnie z Klebsem pracującego, o tyle są ciekawe, że nie zawsze udawało im się prątki wykryć i że mieli je także w innych chorobach spostrzedz, Klebs np. raz w zapaleniu płuc. Kochowi w nadesłanych z tego przypadku preparatach nie udało się wykryć prątków, odnosi téż to spostrzeżenie wzmiankowanych badaczy do złego drobnowida, który posiadali. Po powrocie Kocha z Indyj nadesłał mu Dr. Dissent 79 preparatów z treścią jelit osób zmarłych z cholery lub z odchodami chorych na cholerę. Tylko w 5ciu nie można było wykryć prątka przecinkowego, zdaje się, że pochodziły z późniejszych okresów, w 37 preparatach była skąpa ilość prątków, w 27 była znaczna ich ilość, a 10 można było uważać prawie za hodowle. Stwierdziło się przytém, że przypadek tém szybciéj przebiega, im obficiéj i częściéj znajdują się prątki. W dalszym ciągu tego przedstawienia okazał Koch hodowle z Marsylii, Tulonu, Paryża i Włoch, wszystkie są jednakie, jednako przedstawiają się przy silném powiększeniu i są co do patogenetycznych własności identyczne.

Wszystko to stwierdza zapatrywania Kocha w roku zeszłym podane. Postęp stanowią jedynie tylko doświadczenia Nicatiego i Rietschego, stwierdzone przez wielu badaczy oraz w Państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie, że wstrzykiwaniami treści jelit z cholerycznych i hodowli prątków do dwunastnicy udaje się psy i świnki morskie zakazić. Klein wprawdzie twierdzi, że śmierć nastaje w tych przypadkach skutkiem gnilicy, ale Koch stanowczo temu przeczy. Po wstrzykiwaniach tych nastaje w przewodzie pokarmowym proces podobny do objawów cholery u ludzi, sposób atoli zakażenia nie odpowiada zwykléj drodze zakażenia. Prócz tego ma tu zawsze miejsce znaczny zabieg operacyjny, trzeba otwierać jamę brzuszną, wyszukiwać i wyciągać dwunastnicę, aby przyrzut do niéj wprowadzić, co bez wpływu być nie może. Koch usiłował zatém zarazić zwierzęta drogą naturalną a po licznych doświadczeniach udało mu się to. Z poprzednich spostrzeżeń było mu wiadomém, że laseczniki przecinkowe giną w żołądku. Omijając trawienie żołądkowe i wstrzykując laseczniki do dwunastnicy udało się czasem u świnek morskich wywołać zakażenie, ale nie zawsze, zakażenie musi więc zależeć u tych zwierząt od innych okoliczności, nie od samego trawienia żołądkowego. W czasie badań tego przedmiotu starał się téż znieść na pewien czas kwaśne oddziaływanie w żołądku. Powiodło mu się to, gdy zastósował następne postępowanie: Zwierzętom dawał 5 cm. sz. 5% rozczynu ługu sodowego a po 20 minutach 10 cm. sz. polewki mięsnéj, zawierającéj laseczniki przecinkowe. Wkrótce potém wstrzykiwał im do jamy brzusznéj nastój makowca (1 cm. sz. na 200 gr. wagi zwierzęcia). Skutkiem tego zostają zwierzęta uśpione na $^1/_2$—1 godziny i usposobione do przyjęcia jadu. Objawy nastające były takie same, jak po wstrzyknięciu do dwunastnicy. Używając do doświadczeń laseczników Finklerowskich przekonał się Koch, że one mniéj są zabójcze, objawy po nich są inne, w jelitach daje się czuć przejmująca woń zgnilizny. Koch powtórzył te doświadczenia jeszcze z prątkami innych chorób. Starał się daléj Koch i w inny jeszcze sposób usposobić kiszki do przyjęcia jadu. Dawał zwierzętom olej krotniowy i rącznikowy, drożdże, olej terpentynowy, jod, glicerynę, wyskok itd., aby wywołać nieżyt kiszek a doświadczenia te czasem się udawały. Z doświadczeń tych wynika, iż lase-

czniki choleryczne posiadają wybitne patogeniczne własności, które objawiać się mogą, gdy laseczniki nienaruszone dostaną się do kiszek cienkich a znajdą tu okoliczności umożliwiające im usadowienie się. U świnek morskich jedynie sztucznie daje się to uskutecznić, ale u ludzi żołądek nieraz znajduje się w stanie takim, że treść jego oddziaływa obojętnie lub alkalicznie, np. zawsze po ukończeniu właściwego trawienia żołądkowego i przejściu miazgi do kiszek cienkich. Ludzie więc co do usposobienia do przyjęcia jadu cholerycznego różnie się zachowują stósownie do stanu trawienia w żołądku. Usposobienie osobnicze zależy w wielkiej mierze od stanu trawienia, w jakim był żołądek, gdy jad się dostał i w jakim były kiszki, nie ma wątpliwości, że dalsze badania w tym kierunku wiele wyjaśnią, gdyż skoro udało się zwierzęta przez żołądek zarazić, to będzie można także badać skutki leków.

Działanie laseczników cholerycznych niedostających się do krwi można sobie tylko w ten sposób wyobrazić, że wytwarzają toksyczne do grupy ptomainów należące istoty, które wchłonieniu ulegają i na cały ustrój wpływają. Aby dla tego wyobrażenia uzyskać podstawę, starał się Koch otrzymać te twory laseczników cholerycznych,—ale w badaniach swych w tym kierunku nie zaszedł daleko. Tyle tylko obecnie już się wykazało, że udaje się uzyskać hodowle lasecznika przecinkowego nader toksycznie działające, które wstrzyknięte zwierzętom pod skórę lub do jamy brzusznéj już po paru minutach taką grupę objawów wywołują, która pojawia się u zwierząt chorych na cholerę dopiero po 1—2 dniach, a mianowicie osłabienie podobne do porażenia odnóg tylnych, ziębnienie głowy i nóg, powolny oddech, któryto stan już po kilku godzinach śmiercią się kończy. (C. d. n.)

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

IV zwyczajne posiedzenie dnia 21 marca 1885 r.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 24.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Następnie kol. Merunowicz miał odczyt o endemicznym wolu i o związku zachodzącym między têm cierpieniem a głuchoniemotą i matołectwem (kretynizmem). Prelegent nadmienia przedewszystkiém, że wśród zestawiania wykazów statystycznych dotyczących stosunków zdrowotnych naszego kraju, uderzył go fakt, że w kilku powiatach, a zwłaszcza niektórych powiatach Galicyi zachodniéj, napotyka się znaczniejszą liczbę głuchoniemych, np. powiaty Grybowski, Nowosądecki mają 5 *pro mille* głuchoniemych, Wadowicki, Gorlicki, Myślenicki 4 *pro mille*, a mniéj niż 4 *pro mille* jest jeszcze w kilku powiatach (Bialskim, Żywieckim, Nowo-Targskim, podczas gdy w całym zresztą kraju nie dochodzi stosunek głuchoniemych nawet 2 *pro mille.* — Co do matołectwa to także uderzył prelegenta fakt, że prawie w tych samych powiatach zachodniéj Galicyi, w których jest największa liczba głuchoniemych, znajduje się także najwięcéj matołków, tylko co do tych ostatnich przybywa jeszcze powiat Wielicki. Prelegent kładzie nacisk na tę okoliczność, że statystyka dotycząca głuchoniemych jest możliwie najdokładniejsza, bo tych spisują sami lekarze powiatowi. Statystyka zaś dotycząca matołków jest już mniéj dokładna, jakkolwiek także przez tychże lekarzy urzędowych prowadzona, a to z powodu, iż pojęcia co do matołectwa nie są u wszystkich lekarzy jednolite. Każdy kto zna pomienione powiaty, przyzna zapewne, że w tych samych powiatach napotyka się najczęściéj ludzi z wolem. Fakt ten zastanowienia godny nie był dotąd dostatecznie wyjaśnionym i dopiero nie dawno wyszła rozprawa docenta chirurgii z Berna Dra Pirchera, wyjaśniająca rzecz i z téj pracy prelegent zdaje sprawę. — Wiadomo, że wol jest przerostem gruczołu tarczykowego, że kobiety i dzieci częściéj bywają wolem dotknięte niż mężczyzni, może dla tego, że pierwsze więcéj wody piją niż ostatni. Pircher odróżnia wol sporadyczny, endemiczny a nawet epidemiczny. Głuchoniemotę odróżnia Pircher tak samo (Garnizon wojskowy np. gdy przyjdzie w takie miejsce i pije wodę, dostaje epidemicznie niejako wola, a gdy się przeniesie i przestaje pić tę wodę itd., wol ustaje). Jako (ostateczną) przyczynę wola podaje Pircher konfiguracyję ziemi, a właśnie pokłady morskie i eoceńskie (*die maritimem und eocenischen Ablagerungen*), podczas gdy na pokładach gneisowych, granitowych, jakotéż kredowych nie napotyka się ludzi z wolem, ani téż większéj liczby głuchoniemych. — Pircher urodził się w Arau nad Arą, mieszkańcy tameczni żyją po lewéj stronie rzeki tak samo jak i po prawéj, pod temi samemi mniéj więcéj warunkami, jedni bardzo blisko drugich, a pomimo to na jednym brzegu rzeki jest bardzo wiele ludzi z wolem, a na drugim brzegu ludzie nie miewają wcale wolów. Na tym brzegu, gdzie nie ma wolów, są pokłady granitowe, na drugim zaś gdzie są liczni dotknięci wolem, są pokłady eoceńskie. — Co do głuchoniemoty, to odróżnia Pircher głuchotę niewrodzoną ale nabytą, jako sporadyczną i głuchotę endemiczną. Jeżeli np. kto zachorował po płonicy lub i bez tego na zapalenie ucha wewnętrznego i w skutek tego ogłuchł, to Pircher nazywa tę głuchotą sporadyczną, gdy zaś tak jak u nas w powiecie Grybowskim, Nowo Sądeckim itp. znajduje się w jedném miejscu stosunkowo dużo głuchoniemych, tam mówi Pircher, iż głuchoniemota jest endemiczną. Pircher badając znalazł, że na 100 przypadków głuchoniemoty jest 20% sporadycznéj, a 80% czyli $^4/_5$ części endemicznéj głuchoniemoty. Pircher podaje daléj, że w zakładach głuchoniemych można już zewnętrznie bez dalszego prawie badania poznać sporadycznie głuchoniemego i endemicznie głuchoniemego. U tych ostatnich jest chód ociężały i niezgrabny, wejrzenie głupowate, niemożność wymawiania pewnych głosek itd. Ponieważ wreszcie w tych samych miejscach, gdzie jest stosunkowo znacznie więcéj mieszkańców wolem i głuchoniemotą dotkniętych, znajduje się także stosunkowo więcéj matołków, przychodzi więc Pircher do wniosku, że matołectwo, głuchoniemota i wól są wprawdzie różnemi postaciami ale jednéj i téj saméj choroby infekcyjnéj, nośnik zaś czyli zarazek (jad) téj choroby zawarty jest we wodzie, a tkwi w pokładach eocenicznych i morskich. Ludzie takich okolic znają dobrze studnie, z których woda gdy się ją pije wywołuje wole, i to tak dobrze znają takie studnie, że popisowi niechcący iść do służby wojskowéj idą do takich studzień pić wodę, dostają wola, a wtedy nie są zdolni do pełnienia służby wojskowéj. Jakiéj natury jest ten zarazek (jad), nie wiadomo. — Kilkadziesiąt razy wykonany rozbiór chemiczny wody z tych studzien nie wykazał nieorganicznego szczególnego jakiego składnika, owszem skład téj wody podobny był do składu innéj zwykłéj wody. Że to jest więc jakiś organiczny jad, jest bardzo możliwe. Klebs pisał o czémś podobném już w roku 1870. Zapobiedz wolowi możnaby sprowadzeniem wody zwykłéj z odległych źródeł dostarczających dobréj wody. Aby wyniki pracy Pirchera zastósować do naszego kraju, starał się Przewodniczący o mapę geologiczną Galicyi, wprawdzie nie ma jeszcze tejże ale prof. mineralogii Dr. Kreutz oświadczył, że właśnie powiaty Grybowski, Nowosądecki, Gorlicki itd. mają przeważnie pokłady trzeciéj formacyi, t. j. morskie i eoceńskie, co stwierdzałoby poglądy Pirchera. — W dyskusyi przytacza kol. Stroynowski o wolu sporadycznym, że jeden jego znajomy z Wiednia wyjeżdża z całą rodziną prawie co rok na lato w Alpy i wszyscy, nawet pies, dostają wola, wróciwszy na zimę do Wiednia i pijąc wodę źródlaną, wszyscy tracą wola, zapytuje więc prelegenta, czy Pircher zauważył także takie przypadki. Prelegent potwierdza a nawet przytacza fakt, że taki wol bywa czasem epidemicznym (w garnizonach wojskowych) i także przy zmianie miejsca pobytu ginie. — Kol. Bylicki nadmienia, że u młodych dziewcząt chorych na błednicę zauważył przerost płatu środkowego jako rodzaj wola i że ten wol wśród leczenia wzmacniającego nie ustępuje, a nawet rokowanie jest w takich przypadkach błednicy zwykle gorsze.— Kol. Laskiewicz zauważa, że pisarze francuscy przypisują powstawanie wola brakowi światła, dobréj wody itp. warunkom, gdyż spostrzeżono, że mieszkańcy kotlin, wąwozów itp., gdzie istotnie spływ nieczystości i komunikacyja są utrudnione, brak dobréj wody, światła idt., mają

często wole. Daléj podnosi kol. L. możność dziedziczenia wola, głuchoniemoty i matołectwa. Inni obwiniają znowu zawieranie związków małżeńskich w rodzinie o wpływ na powstawanie wola itd. U kobiet znowu obwiniają o sprawianie wola krzyczenie podczas porodów, nadmiar wapna we wodzie itp. — Kol. Pisek zapytuje, czy sporadyczne wole także można przypisać wodzie i jéj składowi, czy téż gruntowi? i czy wole sporadyczne może mieć z epidemiczném jaki związek wspólny; a co do wola przez kol. Bylickiego śród błednicy spostrzeganego sądzi, że mógł to być tak zwany *Colier de Venus*. — Kol. Pawlikowski zna powiat Sądecki bardzo dobrze, otóż stwierdza, że są tam okolice, gdzie jest wol endemiczny od dawna i zawsze, a inne znowu okolice, gdzie wol niejako sporadycznie przydarza się tu i owdzie, lub kolejno znowu przechodzi z jednego miejsca na drugie, potrwa czas jakiś i niknie, a przydarza się znowu gdzieindziej (nieco daléj). Twierdzenie więc, że eoceńskie pokłady są przyczyną wola, nie tłumaczy rzeczy dostatecznie. Iwonicz np. leży na pokładzie 3éj formacyi, a wola tam nie ma. — Kol. Merczyński czyni uwagę, że tabliczki statystyczne matołków (według przypuszczenia samego prelegenta) są niedokładne, a że głuchoniemota pociąga za sobą pewnego rodzaju głupowatość (idyjotyzm), może więc do matołków zaliczają tychże głuchoniemych głupowatych, i to może sprawia, że się u nas schodzi najwyższy procent głuchoniemoty i matołectwa w pewnych powiatach, jak Gorlicki, Nowosądecki itp. Co do pracy Pirchera sądzi kol. M., że jest nieco jednostronna, że w niéj zresztą wiele rzeczy już znanych, a nowém tylko chyba to, że łączy głuchoniemotę i wole i sprowadza je do wspólnéj przyczyny. Zgadza się, że może być jakiś zaduch, że woda i grunt pewnego składu mogą wpływać na te stany chorobowe, nie zgadza się jednak w pojęciu co do *struma epidemica*, bo jeżeli może występować *parotitis* epidemicznie, tak może i *strumitis* wystąpić epidemicznie, ale to wtedy jest tylko przekrwienie gruczołu tarczykowego, które może przejść potém w degeneracyję. Z kol. Laskiewiczem nie zgadza się, aby małżeństwa w rodzinie przyczyniały się do matołectwa, brakuje bowiem do takiego twierdzenia danych statystycznych. — Prelegent odpowiada, że fakty przezeń podane zgadzają się z twierdzeniem Pirchera, cytuje pojedyncze miejscowości i procent głuchoniemych, jakotéż procent matołków w tychże samych miejscowościach na dowód, że nie brano głuchoniemych za matołków, bo liczby są różne w tych samych miejscowościach, raz więcéj matołków, to znowu więcéj głuchoniemych w téj saméj miejscowości. — Kol. Bylicki nadmienia jeszcze, że w Kuźnicach koło Zakopanego spotkał w jednym wąwozie 3ch głuchoniemych, co także zauważył i bawiący tamże Dr. Chałubiński i przypuścił, że może brak światła, to jest późniéj wschodzące a wcześniéj zachodzące słońce, wpłynęło na powstanie téj głuchoniemoty. Co do *Colier de Venus*, które przypuszczał kol. Pisek w przypadkach wola, o których powyżéj wspomniał, oświadcza, że to nie był *Colier de Venus*, ale wol, i że nie wzywano go tam z powodu błednicy, ale właśnie z powodu wola, który dotknięte dziewczęta lub otoczenie ich zatrważał. Że ciąża ma wpływ na naczynia, więc mogą powstać żylaki, a nawet wol przypuszcza kol. Bylicki. — Kolega Merczyński nadmienia, że choć statystyka wykazuje dużo głuchoniemych w jego okolicy (powiat Brzeski), to jednakże nie spotykał tam głuchoniemych.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Wiktor.

VI. Listy z Madrytu o cholerze.

Podał Dr. M. Buzdygan.

III.

Madryt dnia 4 września 1885.

Epidemija słabnie wreszcie w całéj Hiszpanii; od tygodnia opada znacznie cyfra śmiertelności i nowych przypadków. W północnych prowincyjach, które późniéj były nawiedzone, padają jeszcze liczne ofiary, charakter jednak cholery jest już w tém *stadium decrementi* łagodniejszy, procent śmiertelności mniejszy, niżli z początku, gdzie prawie połowa chorych umierała, a były nawet okolice, gdzie mały porcent zostawał przy życiu. Oczywiście wielki tu wpływ miały stosunki miejscowe sanitarne i społeczne. Najwięcéj przypadków tak choroby jak i śmierci było w tych miastach, miasteczkach i wioskach, które się pomiędzy innemi wyróżniają opłakanym stanem sanitarnym; gdzie wąskie brudne ulice przepełnione są znaczną ilością mieszkańców głównie ubogich, gdzie stósowanie przepisów sanitarnych natrafia na ogromne przeszkody, dla braku funduszów a jeszcze więcéj dla oporu ludu fanatycznego. Miasta południowe, a szczególniéj ich stare dzielnice, mają ulice wąskie, ciemne, brudne, tak, że dla cudzoziemca przejście przez owe ulice jest prawdziwą męką; powietrze pełne smrodliwych wyziewów tamuje oddech, a kupy nieczystości ludzkich i zwierzęcych jego kroki. Nic więc dziwnego, że w takich miastach robiła cholera znaczne spustoszenia, zabierając każdéj rodzinie po jednéj albo więcéj ofiar. Tak w Madrigal de las Torres na 1.000 mieszkańców w przeciągu miesiąca sierpnia zachorowało 311 a umarło 67 osób z cholery; w innéj miejscowości w prowincyi Maladze na 200 mieszkańców umarło 80.—Również znaczną była śmiertelność w okolicach, gdzie brak dobréj wody a ludność czerpie ją z mętnych zanieczyszczonych cystern. Względnie mały procent przypadków cholery w Madrycie w znacznéj części przypisać trzeba doskonałéj wodzie, któréj dostarczają miastu wodociągi z gór pobliskich, jak niemniéj wysokiemu położeniu (655 metrów ponad poziom morza). Wiele górzystych okolic oszczędziła epidemija. Tak w la Granja, letniéj rezydencyi królewskiéj, położonéj na wysokości 1.156 metrów w górach Gwadarrama nie zauważono ani podczas dawniejszych ani podczas obecnéj epidemii ani jednego przypadku cholery, chociaż ona sroży się o $1\frac{1}{2}$ mili w mieście Segowii, mimo że jest ciągła i ożywiona komunikacyja między oboma miastami, Segowia jest bowiem stacyją kolei żelaznéj, z któréj codziennie wiele osób przybywa do la Granii.

Środki przeciw szerzeniu się epidemii stósują tu władze sanitarne, poparte gwardyją cywilną i gminy. Władze sanitarne mają czuwać nad uzdrowieniem miast; rozmieszczają ubogą ludność po barakach za miastem, urządzają szpitale, dostarczają lekarzy a przedewszystkiém zaopatrują lud ubogi w żywność. Fundusze płyną ze składek publicznych a zapomogi od Rządu. Przy wjeździe do miasta na stacyjach kolei żelaznéj odbywają się okadzania osób i rzeczy. Po ulicach co noc płoną ognie z siarki, w Madrycie spala się na noc 550 kilogr. siarki. Domy, w których zdarzył się przypadek cholery, oczyszczają karbolem.—Na własną znów rękę, mimo zakazu Rządu, utrzymują niektóre gminy kordony naokoło swych siedzib, nie wpuszczając nikogo z sąsiednich okolic nawiedzonych cholerą.

Mimo pomocy ze strony władz sanitarnych ileżto jeszcze niedostatków! Nieraz mrą setki ludzi a w całéj okolicy ani jednego lekarza, ani pomocy; ileżto dni nieraz leżą po domach niepogrzebane trupy, bo ich najbliżsi z przestrachu uciekli. Podobne smutne zdarzenia działy się i po dużych miastach. W Granadzie np. podczas wizyty urzędowéj minister Villaverde zastał 19 trupów od wielu dni niepogrzebanych, bo trudno było dostać ludzi, którzyby się podjęli grzebania. Z drugiéj strony jakimże cynizmem nacechowany fakt, który miał miejsce w samym Madrycie. Ludzie co wywozili zmarłych na cmentarz, pogrzebawszy trupa, w téjże saméj trumnie wprowadzali do miasta kontrabandę i to artykuły żywności. Władze celne wykryły wreszcie to ohydne rzemiosło, sprawców ukarano a odtąd nie pozwolono trumien przywozić do miasta.

Według dat statystycznych urzędownie dziś ogłoszonych zachorowało aż po dzień 2 września na cholerę w Hiszpanii 233.726 a umarło 85.908 osób. Według prowincyj cyfry te rozkładają się jak następuje: W Albacete zachorowało 7.599, a umarło 2.665; w Alicante zach. 10.441, um. 4.442; w Almeria zach. 7.252, um. 2.162; w Badajoz zach. 1.500, um. 642; w Barcelonie zach. 1.926, um. 941; w Burgos zach. 1.030, um. 340; w Cadiz zach. 204, um. 108; w Castellon zach. 12.974, um. 4.842; w Ciudad Real zach. 2.389, um. 1.074; w Cordobie zach. 2.853, um. 933; w Cuenca zach. 8.288, um. 2.921; w Geronie zach. 1.413, um. 421; w Granadzie zach. 22.510, um. 9.604; w Guadalajara zach. 903, um. 350; w Huesca zach. 3.022, um. 625; w Jaen 2.855, um. 1.493; w Leridzie zach. 2.218, um. 828; w Logrono zach. 2.264, um. 633; w Madrycie zach. 6.807, um. 2.897; w Maladze zach. 2.275, um. 811; w Murcyi zach. 15.366, um. 5.965; w Nawarze zach. 9.190, um. 2.497; w Palencyi zach. 2.639, um. 494; w Salamance zach. 480, um. 207; w Santander zach. 197, um. 71; w Segowii zach. 1.160, um. 414; w Sorii zach. 2.150, um. 785; w Tarragonie zach. 4.538, um. 1.492; w Teruel zach. 15.885, um. 4.959; w Toledzie zach. 9.280, um. 3.321; w Walencyi zach. 31.050, um. 13.880; w Valladolid zach. 4.835, um. 1.458; w Zamorze zach. 2.492, um. 474; w Zaragosie zach. 33.014, um. 10.855. Prócz tego w reszcie półwyspu było 767 przypadków choroby a 304 śmierci z cholery. Najwięcéj zatém zachorowało w prowincyi Zaragozie a najwięcéj umarło w Walencyi.

Co do Ferrana, szczepi on teraz cholerę pod kontrolą Komisyi już od miesiąca, ale smutne dochodzą wiadomości o wynikach jego doświadczeń. Tak telegrafuje wczoraj gubernator Taragony, że z osób w ostatnich dniach zaszczepionych w Cambrils dużo zachorowało, jedni marli z cholery, drudzy w skutek flegmony, powstałéj w miejscu zaszczepienia, u innych lekarze oświadczyli się za amputacyją ramion. Gdyby to doniesienie gubernatora było prawdziwém, miałoby ono następstwa fatalne. Skoro tylko otrzymam daty statystyczne dotyczące szczepienia, będę mógł szan. Kolegom coś pewnego o téj sprawie donieść.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w sierpniu r. 1885.

Tyfus brzuszny ustaje coraz bardziéj, tak iż w sierpniu stwierdzono go tylko w 25 miejscowościach dziewietnastu powiatów. Z końcem lipca pozostało chorych tyfusowych 123 w leczeniu, do tego przybyło w ciągu sierpnia 307, a z ogólnéj liczby chorych wyzdrowiało 296 osób czyli 68·8%, umarło zaś 24 czyli 5·6%, a 110 chorych pozostało w dziewięciu gminach w leczeniu, szczególnie w powiecie rawskim, 28 chorych w trzech gminach, i w powiecie tłumackim w jednéj gminie także 28 chorych.

Tyfus plamisty stwierdzono w siedmiu gminach siedmiu różnych powiatów, po większéj części znacznie od siebie oddalonych. Z końcem lipca pozostało w leczeniu tylko 18 chorych na tyfus plamisty, do tego przybyło w ciągu sierpnia 63 chorych, a z wszystkich leczonych ozdrowiało 57 czyli 70·4% umarło 5 czyli 6%, pozostało w leczeniu z końcem sierpnia 19 chorych, z tych niemal połowa w jednéj gminie powiatu brodzkiego.

Szkarlatyna była w sierpniu na mniejszą ilość gmin rozszerzoną niż w lipcu, lecz liczba chorych była w sierpniu wyższą, a zwłaszcza liczba pozostałych z końcem miesiąca. Ogółem leczono w sierpniu 312 chorych, z tych wyzdrowiało 168 czyli 53·8%, umarło 52 czyli 16·7% (podczas gdy w lipcu tylko 11·6%), pozostało zaś w leczeniu 92 chorych (w lipcu 29) w 8miu miejscowościach. Najwięcéj chorych było w powiecie cieszanowskim (63 chorych w dwu gminach) i w tym téż powiecie powstało z końcem sierpnia najwięcéj chorych w leczeniu.

Dyfteryję stwierdzono w jednéj gminie kołomyjskiego powiatu z nader łagodnym przebiegiem.

Czerwonka rozszerzyła się najbardziéj, stwierdzono ją bowiem w 174 gminach w 53 powiatach. W powiecie jasielskim było tą chorobą 11 gmin dotkniętych, w powiatach brzozowskim i tarnopolskim po ośm gmin, w bialskim i brzeskim po siedm, w grodeckim, myślenickim, przemyskim, rzeszowskim i złoczowskim po sześć w kamioneckim, sandeckim, zbarazkim i żywieckim po pięć gmin. Największa śmiertelność zdarzyła się w jednéj miejscowości śniatyńskiego powiatu, gdzie z 38 chorych 17 umarło; mniéj groźną jakkolwiek zawsze jeszcze bardzo złośliwą była czerwonka w kilku gminach powiatu brzeskiego: (Czchów, Tworkowa, Żerków, Biesiadki i Sufczyn) daléj powiatu bielskiego (Kozy, Bujaków) także w jednéj gminie powiatu tarnopolskiego (Druganówka). Z końcem lipca pozostało w leczeniu 1221 chorych, do tych przybyło w ciągu sierpnia 5767, a z ogólnéj liczby 6988 leczonych wyzdrowiało 4230 albo 60·5%, umarło 728 czyli 10·4% (w lipcu 11%) pozostało z końcem sierpnia 2030 chorych.

Odrę stwierdzono w siedmiu gminach tyluż powiatów. Z 323 leczonych chorych wyzdrowiało 249 czyli 77%, umarło 22 albo 6·8% pozostało z końcem sierpnia w trzech miejscowościach 52 chorych.

Krztusiec już od lipca powoli się rozszerza, i tak gdy w lipcu stwierdzono go w 51 gminach 22 powiatów, w sierpniu rozszerzył się na 60 miejscowości 27 powiatów. O 2937 leczonych w sierpniu chorych (w lipcu 2180) wyzdrowiało 1344 czyli 45·8%, umarło 146 czyli 5% (w lipcu tylko 3·1%) pozostało z końcem miesiąca 1446 chorych (z końcem lipca 824).

Ospa prawie już zupełnie wygasła. Z końcem lipca pozostało 56 chorych, do tego przybyło w sierpniu 71 chorych, a z ogólnéj liczby 124 leczonych chorych umarło 3 osoby szczepione i 18 nieszczepionyh, pozostało w leczeniu 7 szczepionych i 8 nieszczepionych w pięciu gminach. W mieście Lwowie zostało z końcem sierpnia 2 chorych w szpitalach.

Lwów dnia 15 września 1885.

Dr. Józef Merunowicz.

Ω. Jak *Arch. f. Kinderheilkunde* t. 5 donosi higijena noworodków w Ameryce zbliża się coraz bardziéj do czasów pierwotnych. Za najstosowniejsze postępowanie z noworodkami uważają obecni akuszerowie amerykańscy następujące: Zaraz po urodzeniu główki akuszerka przemywa dziecku oczy 2% kwasem karbolowym lub 4% wodą borową. Skoro dziecko urodzi się w całości, zostawia się je w spokoju obok matki w łóżku, póki łożysko samo przez się nie wyjdzie z części rodnych, co ma miejsce zwykle w ½—¾ godz. Przed tym czasem nie robi się nic, aby akt ten przyspieszyć. Skoro łożysko się już odłączyło samo, zabiera go się wraz z dzieckiem, nie odłączając go. a całą uwagę zwraca się na położnicę. Dopiero skoro już zrobiono wszystko koło choréj matki, wtedy przystępuje się do dziecka. Tymczasem krążenie łożyskowe ustało, przecina się więc pępowinę bez poprzedniego podwiązywania i koniec jéj zupełnie pozostawia się wolnym. Dziecka ani się nie kąpie, ani nie myje, tylko okrywa je się starannie czémś ciepłem i zostawia w łóżeczku. Dopiero w 25 godzin po porodzie daje się dziecku pierwszą ciepłą kąpiel. Dr. Tyng, lekarz kierujący The Womens Hospital w Filadelfii, twierdzi, że odkąd w powyższy sposób postępuje z noworodkami, śmiertelność między niemi znacznie się zmniejszyła, aniżeli to miało miejsce przy dawnjejszém, zwykłém postępowaniu.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,9. Z odry umarło 4 (0 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 1 (3 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (1 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 1 płonicy, 2 krztuśca, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 16—22 sierpnia umarło z ospy: w Petersburgu 1, w Odesie 2, w Paryżu i Wenecyi po 3, w Budapeszcie i Warszawie po 4; w Rzymie 7; w Wiedniu 16. Zachorowało na ospę: w Hamburgu 1, w Budapeszcie 14, w Wiedniu 54. Z duru brzusznego umarło w Wiesbadeńskiém od 16—22 sierpnia 4, zachorowało 28. Z cholery umarło w Hiszpanii od

9—16 sierpnia 13.371, zachorowało 37.334; w Marsylii umarło od 23—28 sierpnia 214, w Tulonie 111.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,0; w Warszawie 36,9; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 20,6; w Pradze 28,6; w Budapeszcie 30,7; w Berlinie 27,9; w Gdańsku 28,2; w Hamburgu 25,4; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 20,0; w Bazylei 26,4; w Brukseli 30,7; w Chrystyjanii 21,0; w Kopenhadze 17,6; w Odesie 35,3; w Paryżu 22,1; w Petersburgu 29,1; w Rzymie 25,5; w Stokholmie 20,2; w Wenecyi 27,9; w Zurychu 20,2. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 września. Dowiadujemy się, że obecnie dwóch rodaków naszych pracuje w zakładzie higijenicznym prof. Kocha w Berlinie: Dr. Szpilmann ze Lwowa, który uzyskał subwencyję od Ministerstwa oświecenia celem zwiedzenia zagranicznych zakładów fizyjologicznych i kształcenia się w bakteryjologii i Dr. Władysław Antoni Gluziński, asystent kliniki lekarskiéj prof. Korczyńskiego w Krakowie.

* Dziś rozpoczęła się przed tutejszym trybunałem przysięgłych rozprawa w sprawie Ritterów i Stochlińskiego o skrytobójstwo, popełnione na Franciszce Mnichownéj; sprawa ta, która tyle już zyskała rozgłosu, jak wiadomo sądzoną jest po raz trzeci. Po zapaść mającym wyroku przedstawimy rzecz w Przeglądzie Lek., o ile szczupłość miejsca pozwoli, ze stanowiska sądowolekarskiego na podstawie aktów.

* Prof. Pareński po kilkotygodniowéj niebytności powrócił do Krakowa.

○ Na porządku obrad sekcyi higijenicznéj Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich zbierającego się 18 września w Strasburgu pomieszczono: 1) sprawę przeciążenia pracą robotnic i dzieci we fabrykach ze stanowiska higijenicznego; 2) jakie lekarsko-policyjne zarządzenia zalecają się na granicach celem zapobieżenia rozszerzeniu się cholery z zagranicy na Niemcy.

* Sir Paget zebrał dane o losach 1,000 studentów medycyny, którzy uczyli się w szpitalu św. Bartłomieja. 23 z téj liczby po ukończeniu kursu miało świetne powodzenie i zdobyło sobie obszerną praktykę; 66 miało dużą praktykę, ale nie zajmowało wybitnego stanowisko; 507 mogło żyć z praktyki nie źle; 124 miało życie ciężkie — medycyna nie zawsze dawała im dość środków do życia. 56 zupełnie nie miało powodzenia; z tych 16 z niewiadomych przyczyn, 10 z powodu chorób i nieszczęśliwych okoliczności, 10 z powodu nieprawidłowego życia, 5 z przyczyny niemoralnego prowadzenia się, 15 z powodu niemożności ukończenia ostatecznego egzaminu na lekarza, 96 po otrzymaniu dyplomu przerzuciło się na inne pola, 41 zmarło w czasie kursu, 87 wkrótce po ukończeniu kursu.

„*Wracz*“ sądzi na podstawie 20 letnich obserwacyj i obszernych stosunków pomiędzy lekarzami, że w Rosyi stosunek jest jeszcze mniéj pomyślnym. A u nas? Każdy z liczby tych, co razem z nim kursa skończyli, mógłby znaleźć przykłady do téj lub owéj kategoryi, a bodaj czy nie więcéj do ostatnich niż do pierwszych.

Cyfry powyższe pokazują, że większość lekarzy zaledwie że może wyżyć ze swéj praktyki i tylko mała liczba, która jednak tak nęci i którą tylko widzi młodzież, rzucająca się na medycynę, dobija się świetniejszego losu, „jeździ karetą“ — jak mówią u nas. (*Kronika Lekarska*).

* W Szczawnicy do końca sierpnia było gości 2825, w Cieplicach czeskich 7716, w Giesshüblu 472, w Gleichenbergu do 8 września 4.666 osób, przed kilku dniami przybył król Milan z małżonką i infantem.

* **Wiedeń**. Ministerstwo spraw wewnętrznych na mocy rozporządzenia z d. 17 września 1883 r. zakazało sprzedaży środków lekarskich elektro-homojopatycznych hr. Mattejego.

Posadę dyrektora dolno-austryjackiego zakładu dla obłąkanych, opróżnioną w skutek śmierci prof. Schlagera otrzymał prymaryjusz Gauster.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec**. Prof. dorpacki Stieda mianowany został profesorem w tutejszéj Wszechnicy.— **Würzburg**. Posadę Gerhardta otrzymał Laube z Erlangi.

* **Nekrologija**. Przed zamknięciem Nru dochodzi nas wiadomość o śmierci znakomitego historyka lekarskiego prof. Haesera we Wrocławiu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:
W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 37: Chełchowskiego: Przypadek zgorzeli płuc ograniczonéj; Sokołowskiego: O włóknistéj postaci suchot płucnych (c. d.). W *Medycynie* Nr. 37: Rogowicza: Nowe zakłady publiczne dla biednych rodzących w Warszawie (c. d.); Poznańskiego: Dławiec i błonica (dok.).

Sprostowanie. W rozprawie p. t. „Ilość i własności żelaza“ wkradły się następujące błędy: str. 458, szp. 2, przypisek wiersz 3 od dołu: zamiast nieorganicznemi, winno być organicznemi. — Str. 468, szp. 2, wiersze 3 i 7 od dołu: zamiast $Fe_2(SO_4)_3$, winno być $Fe_2(PO_4)_2$. — Str. 469, szp. 2, wiersz 8 od dołu: zamiast białkan żelazawy, winno być białkan żelazowy. — Str. 470, szp. 2, wiersz 2 od góry: zamiast niedokwas winno być tlennik. — Nadto wymienione 2 razy na str. 467, szp. 2 i 470, szp. 2, nazwisko Stahel, winno być bez *c* we środku pisane.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ad Nr. 14 i 15.

Ogłoszenie zadań konkursowych dla kandydatów i młodszych doktorów w. n. lek. i medycyny

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w wykonaniu postanowień fundacyi konkursowéj ś. p. protomedyka Józefa Jakubowskiego i Dawcy niewiadomego, uchwalił na posiedzeniu w d. 22. maja br.

I. Rozpisać dwie nierówne nagrody konkursowe, a mianowicie jednę w kwocie 500 złr. a drugą w kwocie 300 złr. w. a.

II. Ogłosić w tym celu następujące zadania konkursowe:

1). Skreślić stosunki endemiczne matołectwa i wola górskiego w Galicyi zachodniéj pod względem jego rozkrzewienia, szczególnych siedlisk, objawów patologicznych i mikroskopijnych, ze szczególném poszukiwaniem ewentualnych mikrobów czy i o ile na rozwój lub stopień cierpienia wpływają? tudzież środków zaradczych leczniczych lub łagodzących.

2). Zbadać szczegółowo zmiany krwi w przebiegu zimnicy i zakażenia zimniczego pod względem ilości i jakości ciałek krwi czerwonych, stosunku ich do ciałek białych i pod względem ilości hemoglobinu.

3). O istotach trujących sporyszu (*secale cornutum*), o ile im można przypisywać powstanie rojnicy (*ergotismus*).

III. W myśl postanowienia wyżéj wzmiankowanych fundacyj ubiegać się mogą o nagrodę kandydaci Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, tudzież doktorowie wszech nauk lekarskich i Doktorowie medycyny, którzy w przerzeczonym Uniwersytecie uzyskali stopień doktorski na dwa lata przed ogłoszeniem niniejszego konkursu, lub nawet nieco dawniéj (w myśl późniejszego postanowienia ś. p. protomedyka Jakubowskiego).

IV. Prace konkursowe, spisane w języku polskim, nadesłane być mają pod koniec Października roku 1886 na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.—Na okładce winny być opatrzone w godło, wypisane również na dołączonéj oddzielnie kopercie zapieczętowanéj, a zawierającéj wewnątrz imię i nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Ostatni przepis nie dotyczy jednak prac ogłoszonych drukiem od dnia rozpisanego konkursu, a które także ubiegać się mogą o nagrodę.

V. Jedynie koperty opatrzone godłem prac nagrodą uwieńczonych będą rozpieczętowane celem ujawnienia autorów; wszystkie zaś inne razem z rękopismami, do których należą, zwrócone będą na żądanie bez otwarcia.

VI. Wysokość nagrody jest niezależną od wyboru zadania i zawisłą od stopnia wartości naukowéj, dokładności i ścisłości opracowania i rozwiązania obranego tematu.

Kraków dnia 15 czerwca 1885 r.

Stopczański.

t. r. Dziekan Wydziału lekarskiego.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.